

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No 85

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Louis VIALENC

Né le 22 Juillet 1909, à POINTE-A-PITRE (Guadeloupe)

Contribution à l'étude clinique
et au traitement
de la Torsion du Testicule.

Président : M. OMBREDANNE, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Louis VIALENC

Né le 22 Juillet 1909, à POINTE-A-PITRE (Guadeloupe)

Contribution à l'étude clinique
et au traitement
de la Torsion du Testicule.

Président : M. OMBREDANNE, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET
	BEZANÇON.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
BENARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	
D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale
	GAYET
	GIROUD
	HAGUENAU
	HALPHEN
	HAZARD
	HUGUENIN
	JOANNON
	LABBE Henri...
	LACOMME
	LANTUEJOL ..
	LAROCHE Guy.
	Physiologie.
	Histologie.
	Pathologie médicale.
	Oto-rhino-laryngologie
	Pharmacologie
	Anatomie pathologique.
	Hygiène.
	Chimie biologique.
	Obstétrique.
	Obstétrique.
	Pathologie médicale.

MM.		MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.	PORTES	Obstétrique.
LEVY (M ^{me} J.)..	Pharmacologie.	RICHET	Physiologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie	SANNIE	Chimie biologique.
MOREAU	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.	TROISIER	Pathologie expérimentale
MOUQUIN	Pathologie médicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.	VIGNES	Obstétrique.
PETIT-		WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.		

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LEROUX	Anatomie pathologique
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-	
CHAILEY-		LEMAIRE....	Parasitologie.
BERT.....	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE .		BROCQ	
AUBERTIN . .		CADENAT	
BRUIE		GATELLIER ...	
CHABROL		HEITZ-BOYER .	
CHIRAY		MOCQUOT	
DONZELOT		MOURE	
DUIVOIR		QUENU	
HARVIER		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
VALLERY-RADOT	} Clinique obstétricale	EG LIE	}
(Pasteur).		GUENIOT	
SEZARY		LE LORIER...	
		LEVY-SOLAL .	
		WETZGER ...	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550425_0022

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Dont la seule passion fut l'amour de
ses enfants; le seul but, leur succès.

J'offre ce travail.

Et j'y joins tout ce que mon cœur
contient de reconnaissance et de ten-
dresse filiale.

A MA FEMME CHÉRIE

A MA FILLE, MICHÈLE

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBREDANNE
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence du Jury de
notre thèse.

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT FAYOT
Chef de Clinique chirurgicale à la Faculté

A qui nous devons notre sujet et
qui facilita notre tâche par ses conseils éclairés.

Nos vifs remerciements.

A MES MAÎTRES A LA FACULTÉ ET DANS LES HÔPITAUX

Contribution à l'étude clinique et au traitement de la Torsion du Testicule.

INTRODUCTION

Le but de notre travail est de ramasser en une étude clinique complète nos connaissances actuelles sur les *torsions du testicule*.

Cette affection, à peine mentionnée au début du siècle, et dont les rares observations furent alors considérées comme des trouvailles d'intervention chirurgicale, a fait l'objet de nombreuses publications depuis vingt ans. Pourtant actuellement, si les chirurgiens reconnaissent assez aisément une torsion du testicule, car ils y pensent et ils en savent la fréquence relative, la majorité des médecins praticiens ne connaît encore pas bien cette maladie et elle accumule toujours à son sujet les erreurs de diagnostic ; erreurs qui, comme nous le verrons, seront fatales à la glande. Et c'est pourquoi, mises à part les notions nouvelles datant de ces toutes dernières années qui nous ont incité à faire ce travail, nous sommes heureux de contribuer, par ce modeste moyen, à la vulgarisation de ce petit mais si intéressant chapitre de la pathologie chirurgicale.

Dès ce préambule, nous tenons à préciser que les torsions testiculaires seules feront l'objet de cette étude et que si fatalement nous sommes amenés, au cours de notre exposé, à parler des torsions d'hydatide ou d'autres organes annexes, nous ne le ferons qu'à titre de complément nécessaire pour la compréhension ou la délimitation de notre sujet. Car nous estimons que les torsions testiculaires proprement dites méri-

tent une étude à part des autres torsions précitées lesquelles sont tellement moins importantes. En effet, l'abstention chirurgicale pour une torsion d'hydatide n'aboutirait qu'au sphacèle et à l'élimination d'un débris de canal de Müller représentant un vestige d'ovaire ou de trompe dont l'homme n'a que faire, tandis que ne pas opérer à temps une torsion du testicule, ce serait vouer à l'atrophie et à la mort cet organe noble qui joue un si grand rôle dans la vie sexuelle et psychique de l'homme.

Le *plan* de notre travail sera le suivant :

D'abord nous ferons l'historique de la question; puis après avoir rappelé l'anatomie normale des organes génitaux mâles, de leurs enveloppes et du cordon, nous étudierons les anomalies possibles qui permettront la torsion, et, insensiblement nous en arriverons aux problèmes pathogéniques et étiologiques; une fois que nous saurons comment se fait la torsion, nous rechercherons les lésions qu'elle provoque (anatomie et physiologie pathologiques). Ensuite, après un petit chapitre de fréquence, nous décrirons les signes cliniques de l'affection dans ses diverses formes (aiguës, subaiguës, larvées, récidivantes, etc.) ; un sous-chapitre spécial sera réservé à la torsion du testicule ectopique. Après avoir dit un mot de l'évolution et des complications possibles, nous traiterons du diagnostic positif et différentiel avec les quelques affections aux signes à peu près identiques. Enfin nous envisagerons le traitement qui convient : l'intervention nécessaire et urgente. En dernier lieu, nous déposerons comme conclusions les notions essentielles qui se seront dégagées de notre travail.

HISTORIQUE

Les accidents de torsion testiculaire sont de connaissance relativement récente. Autrefois on n'en faisait pas le diagnostic car les signes par lesquels ils se traduisent cliniquement ressemblant énormément à ceux d'une *orchite*, on les prenait pour telle. Certes, c'était là une orchite très spéciale et sur l'étiologie de laquelle on batissait bien des hypothèses : l'affection avait-elle succédé à un traumatisme, il s'agissait d'une « orchite traumatique » ; le jeune malade avouait-il se livrer à des manœuvres fréquentes de masturbation, il s'agissait d'une « orchite des masturbateurs » (Gosselin) ; ne trouvait-on aucune cause déterminée, que, procédant par élimination, on accusait rarement la blennorragie, quelquefois le virus ourlien (la parotidite ayant passé inaperçue ou n'ayant pas existé), souvent la tuberculose car bien qu'on ne trouvait par ailleurs aucun signe de bacilliose et comme on avait éliminé toutes les autres variétés d'orchites, « ce ne pouvait être autre chose » (Broca).

Mais comment ne pas commettre pareille erreur au temps où la chirurgie ne faisait que naître, les travaux de Pasteur ne lui ayant encore pas permis de prendre le développement qu'elle a de nos jours ?

La première observation connue de torsion du testicule date de 1840, elle fut publiée par le chirurgien français *Delasiauve* qui fut très surpris lorsqu'il trouva ce « tortillement du cordon » au lieu de l'étranglement herniaire qu'il avait diagnostiqué.

D'autres publications suivirent de loin en loin, apportant chaque fois une hypothèse ou une précision sur le mécanisme de la lésion nouvelle, sur son anatomie et sa physiologie pathologiques. Elles sont de

Follin, Scarenzio, Langlet, Langton, Nicoladoni, Launstein, Johnson, Defontaine, Mauclaire, Cossin, Van der Pœl, Legueu, Endelen, Barozzi, Reclus, Weisinger, Sasse, Nanu, Dujon et Chégut, Sébilleau, Lapointe, Vanverts, Rigaux, Klinger, Landau, Ombredanne.

Le dernier nommé fit faire un grand progrès à l'étude des torsions testiculaires : Ayant montré l'analogie des signes de cette affection avec ceux d'une inflammation aiguë de la glande, il proposa comme corollaire *d'opérer systématiquement toutes les orchites dites primitives* qu'il accusait d'être des torsions. L'avenir donna raison au Pr. Ombredanne ; les chirurgiens ayant suivi son conseil, les cas de torsions du testicule diagnostiqués et opérés sont actuellement nombreux. On a pu ainsi mieux connaître cette lésion dont les dernières observations surtout sont intéressantes. Ce sont sur elles que nous nous baserons pour mettre en lumière plusieurs points restés obscurs, en particulier ceux relatifs à l'étude des diverses variétés cliniques.

ANATOMIE NORMALE

DES ORGANES GENITAUX MALES

Nous n'avons nullement l'intention de faire ici une description anatomique complète et détaillée, nous voulons seulement rappeler les notions qu'il est indispensable de connaître pour suivre aisément l'exposé des chapitres suivants.

Le testicule se forme aux dépens de la partie supéro-interne du corps de Wolff ; il est donc primitivement placé dans la région lombaire. Mais, de très bonne heure, il quitte cette région, se dirige vers le canal inguinal qu'il traverse, pour arriver finalement au *fond des bourses*. Normalement la glande a terminé sa migration vers la fin du huitième mois de la vie foetale. Quatre formations anatomiques accompagnent le testicule dans cette migration : *l'épididyme et le cordon*, qui procèdent tous les deux du canal de Wolff ; *le gubernaculum testis*, inséré au pôle inférieur de la glande génitale, qui deviendra plus tard le ligament scrotal ; *le canal péritonéo-vaginal* qui précède le testicule dans sa descente et qui formera ultérieurement la vaginale.

Le testicule, une fois en place, se présente sous la forme d'un ovoïde aplati transversalement et dont le grand axe est oblique en bas et en arrière. Sa surface est lisse et d'une couleur blanche légèrement teintée de bleu. On lui distingue deux faces, l'externe et l'interne ; deux bords, l'un postéro-supérieur, l'autre antéro-inférieur ; deux pôles, l'antérieur et postérieur. Sur le pôle antérieur est attaché un débris embryonnaire appelé *hydatide sessile de Morgagni*.

Le long du bord postéro-supérieur du testicule, dé-

bordant sur la face externe se trouve l'*épididyme*, auquel on décrit une tête, un corps et une queue. La tête est la partie la plus volumineuse, elle est unie au pôle antérieur du testicule par les canaux efférents ; sur cette tête s'insère parfois une autre hydatide, celle dite pédiculée. Le corps est séparé de la glande génitale par un prolongement de la vaginale. La queue est reliée au testicule par des fibres adhérentes.

La queue de l'épididyme se continue par un canal, le *déférent*, qui se porte d'abord en haut et en avant, puis se coude pour monter verticalement jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Dans cette portion verticale, le déférent fait partie de ce que l'on appelle le *cordon spermatique*.

Ce cordon, véritable pédicule suspenseur du testicule est constitué par le déférent, les artères spermatique et déférentielle, les plexus veineux spermatiques antérieur et postérieur, des filets nerveux, des vaisseaux lymphatiques, et, par ce qui reste du canal vagino-péritonéal après formation de la vaginale le ligament de Cloquet.

Testicule, épididyme et déférent sont enveloppés : *superficiellement*, par la peau, le dartos, une tunique celluleuse sous-cutanée et une tunique fibreuse externe ; *profondément*, par trois formations qui nous intéressent plus particulièrement : le crémaster, la tunique fibreuse interne et la vaginale. Le *crémaster* est un muscle auquel on distingue deux faisceaux principaux, l'externe et l'interne ; ces deux faisceaux vont se fixer intimement sur la *tunique fibreuse interne*. La *vaginale* est une séreuse, dont nous avons vu l'origine précédemment, qui se compose de deux feuillets : l'un pariétal est séparé de la face profonde de la tunique fibreuse par du tissu cellulaire sous-séreux, l'autre viscéral recouvre presque entièrement le testicule ainsi qu'une partie de l'épididyme et s'étend sur le cordon jusqu'à 1 cm. 1/2 au-dessus de la tête de l'épididyme. Notons ici que la vaginale ne recouvre pas l'extrémité postérieure de la glande génitale qui est occupée par les attaches du *ligament scrotal* destiné à *fixer* le testicule au fond des bourses.

Trois *artères* assurent la nutrition du testicule et de ses annexes: la spermatique, la déférentielle et la funiculaire. La *spermatique*, branche de l'aorte, est l'artère principale ; elle donne deux ordres de rameaux : les testiculaires et les épидидymaires. La *déférentielle*, branche de la vésicale postérieure, accompagne le déférent jusque dans les bourses où elle se divise en plusieurs branches destinées à la vaginale, à la tunique fibreuse interne et au crémaster. La *funiculaire*, branche de l'épigastrique, accompagne le cordon auquel elle donne de fines collatérales. Ces trois artères sont anastomosées entre elles à l'extrémité postérieure du testicule.

La *circulation veineuse* très riche est assurée par deux groupes veineux, l'un antérieur (veines du testicule et de la tête de l'épididyme), l'autre postérieur (veines du corps et de la queue de l'épididyme).

Les *nerfs* viennent du plexus solaire par le plexus spermatique et du plexus hypogastrique par le plexus déférentiel.

PATHOGENIE ET ETIOLOGIE

Dans les conditions anatomiques habituelles que nous venons d'étudier, le testicule, appendu au cordon, maintenu par la réflexion de la vaginale aux plans profonds de la tunique fibreuse, solidement fixé en bas et en arrière par le ligament scrotal, *ne peut pas tourner*. Pour que la torsion puisse avoir lieu, il faut :

- a) des conditions anatomiques prédisposantes ;
- b) une cause déterminante.

A. — Conditions anatomiques prédisposantes

Cause essentielle

PÉDICULISATION DU TESTICULE :

1° *Le testicule est en ectopie :*

Alors la pédiculisation est toute réalisée. Le testicule, par sa position anormale, par l'absence de ligament fixateur, est mobile autour du cordon ; rien ne l'empêche de tourner. Qu'une brusque contraction du crémaster surprenne ce testicule flottant en position oblique et la torsion se réalisera. La migration elle-même, se faisant selon un mouvement spiroïde, peut causer la torsion ; d'ailleurs, nous avons lu plusieurs observations où la crise torsionnelle a coïncidé avec l'apparition brusque du testicule dans les bourses.

2° *Le testicule est dans les bourses :*

La pédiculisation s'observe quand, par une anoma-

lie embryologique, le ligament scrotal n'existe pas. Deux cas peuvent se présenter :

a) *Le ligament scrotal n'est remplacé par rien* : Alors, le pli de la vaginale qui va de l'extrémité inférieure de l'épididyme au feuillet pariétal n'existe plus; la séreuse se dispose autour du testicule « comme le péricarde autour du cœur » et, selon la comparaison de Nicoladoni, la glande génitale est « comme un fruit supporté par son pédicule et exposé aux intempéries des saisons ».

b) *Le ligament scrotal est remplacé par un méso* : le ligament scrotal n'existant pas, les deux feuillets vaginaux s'affrontent derrière le testicule, formant un véritable méso-suspendeur prédisposant d'autant plus à la torsion qu'il sera plus long et que son pied sera plus grêle.

Causes accessoires

Réflexion haute de la vaginale sur le cordon.

Cordon très court ou très long.

Bifidité du cordon (par isolement inaccoutumé des vaisseaux spermatiques et du déférent).

Absence de crémaster.

Inversion testiculaire.

Aplatissement discoïde du testicule.

B. — Causes déterminantes

Un testicule qui se présente dans des conditions anatomiques normales ne se laisse tordre qu'exceptionnellement; et pour que le fait se produise, il faut un traumatisme assez violent pour créer des gros délabrements. Expérimentalement, on n'a jamais pu réaliser une torsion traumatique ; seul Franceschi a obtenu une fois, après rupture du testicule, un hématome de la vaginale qui, soulevant l'extrémité inférieure de la glande, tendait à la faire changer d'orientation.

Au contraire, lorsqu'il existe des conditions anatomo-

miques prédisposantes, il suffit souvent d'une cause insignifiante pour provoquer la torsion.

On a décrit des causes déterminantes aussi nombreuses que variées :

a) *Le traumatisme* : choc direct ; chute à califourchon ; tentative d'abaissement d'un testicule ectopique ; plus souvent, choc imperceptible, traumatisme léger.

b) *L'effort et les faux-mouvements* : soulèvement de fardeaux ; saut du lit ; simple croisement des jambes.

c) *L'augmentation de la pression abdominale et la contraction des muscles de la paroi qui en résulte* : cris violents et prolongés ; éternuements ; accès de toux ou de rires spasmodiques ; efforts de défécation chez les constipés.

d) *La contraction brusque du crémaster* : cause importante et fréquente ; elle provoque l'ascension du testicule qui va heurter le pubis, et change l'orientation de la glande dont le grand axe devient horizontal, ce qui aide à la rotation. Ici surtout la torsion sera facilitée par une réflexion haute de la vaginale sur le cordon. La contraction du crémaster peut être consciente ou inconsciente.

e) *Une forte congestion de l'organe* : excitations génitales prolongées sans orgasme final ; masturbation (le sang affluant brusquement dans les artères du corps et de la queue de l'épididyme qui sont excentriques par rapport au grand axe du testicule, provoque la rotation de la glande)... Le rôle de la congestion dans la genèse des accidents de torsion est très grand : non seulement elle détermine quelquefois une crise, mais souvent e'le l'aggrave dans des cas où elle n'était pas primitivement en cause. En effet, le testicule qui, à la suite d'une brusque contraction du crémaster par exemple, a subi un début de torsion pourrait se détordre spontanément un instant après ; mais, très vite, la glande se congestionne, augmente de volume, et, se trouvant alors à l'étroit dans une cavité qui auparavant était trop grande, elle est comme fixée dans une position défavorable.

Dans bien des cas on ne peut déceler la cause qui a déclenché la crise, en particulier lorsque la torsion survient chez le nourrisson ou pendant le sommeil. Certains ont alors parlé de *torsion spontanée*. En réalité il n'y a pas de torsion spontanée, la cause souvent minime peut passer inaperçue, mais elle existe. On peut invoquer pour expliquer la crise torsionnelle du nourrisson la plupart des causes précédentes : ectopie, contraction brusque du crémaster, cris violents et prolongés augmentant la pression abdominale et provoquant de ce fait la contraction des muscles de la paroi, traumatisme (maillot trop serré, bandage) ; congestion testiculaire (on sait que durant les premiers jours de la vie il y a une véritable puberté en miniature qui consiste chez les garçons en hypertrophie passagère de la prostate et des testicules). Et la torsion qui survient pendant le sommeil ne peut-elle s'expliquer ? On peut se croiser les jambes en dormant ; la contraction du crémaster est quelquefois inconsciente ; l'attitude en chien de fusil que l'on prend si volontiers quand on est au lit fait remonter les testicules, les coince contre le pubis, pour peu qu'une forte contraction des fibres postérieures du crémaster interne rende plus important ce premier mouvement de bascule, le grand axe du testicule devient horizontal et la torsion s'amorce ; enfin, le mécanisme de la congestion peut également jouer pendant le sommeil : quel jeune homme n'a pas, rêvant à sa très-chère, provoqué tout en dormant une congestion marquée de ses testicules ?

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Nous avons jusqu'ici appelé « *torsion du testicule* » l'affection qui fait l'objet de ce travail ; c'est la dénomination classique. Beaucoup d'auteurs se servent de l'expression plus juste de « *torsion du cordon spermatique* », car le testicule ne fait que tourner et c'est le cordon qui se tord.

Il existe deux formes anatomiques de torsion du cordon : la torsion basse et la torsion haute.

La torsion basse, encore appelée intra-vaginale ou volvulus du testicule, est la variété la plus fréquente. Elle est caractérisée par le fait que, l'enroulement du cordon ayant lieu à l'intérieur de la vaginale, le testicule et l'épididyme sont seuls à tourner.

La torsion haute, dite aussi extra-vaginale ou bistournage accidentel, se fait au-dessus de la réflexion de la vaginale sur le cordon. Dans cette variété, testicule, épидидyme, vaginale, sac fibreux et crémaster participent tous à la torsion. Le bistournage accidentel est surtout fréquent dans l'ectopie testiculaire, il est rare quand le testicule a terminé sa migration.

La torsion est en général unilatérale avec une légère prédilection pour le côté gauche. Les cas de bilatéralité sont rares, citons celui publié en 1931 in « *Brit. J. of Urol.* » par Kenneth Walker.

Le cordon, nous l'avons vu, peut être tordu en dedans ou en dehors de la vaginale. Dans le premier cas, la torsion est souvent très serrée ; la partie intra-vaginale du cordon est turgescente, grosse comme le pouce, de coloration bleu-violacée ; le reste du cordon est souple. Dans le second cas, bien que la tor-

sion soit en général moins serrée, tout le cordon est gros, œdémateux ; il arrive que son calibre devienne aussi important que celui de la masse épидидymo-testiculaire, l'ensemble forme alors une tuméfaction en aubergine qui pourrait prêter à erreur avec une hernie étranglée.

Le testicule offre un aspect différent suivant le degré de la torsion : Quand celle-ci est très serrée, la circulation artérielle et veineuse est brusquement interrompue ; la glande devient blanche, ischémique ; son avenir est très compromis.

Dans la majorité des cas, au début, les veines du cordon sont seules aplaties par la torsion, le sang continue à affluer par les artères spermatiques ; le testicule est alors gros, infiltré de sang bleuâtre, engorgé. Dans un deuxième temps, la circulation artérielle s'arrête aussi ; le testicule devient livide, il prend une teinte ardoisée, feuille morte.

L'épididyme, très gros, rouge foncé, violacé, atteint quelquefois le volume du testicule.

La vaginale, un peu épaissie renferme presque toujours quelques grammes de sérosité sanguinolente ou de sang pur qui reste liquide.

La peau du scrotum est tuméfiée, infiltrée d'un œdème gélatiniforme ; elle est rouge et tendue. Cette réaction œdémateuse et inflammatoire a souvent induit en erreur.

Evolution des lésions: Variable avec la plus ou moins grande rapidité de la détorsion. Que celle-ci ait lieu spontanément ou qu'elle soit chirurgicale, si elle est faite à temps et si elle est complète, on observera la restitution « ad intégrum » du testicule. Mais si la détorsion ne se fait pas ou si elle est pratiquée trop tard, le testicule est voué à une mort certaine par suite de l'infiltration sanguine interstitielle et de la dégénération de l'épithélium des tubes séminifères qui se produit fatalement dans cet organe dont la nutrition n'est plus assurée.

Le plus souvent l'évolution se fait vers la nécrobiose aseptique et l'atrophie consécutive. La glande génitale se transforme en un petit noyau fibreux.

Quelquefois, et cette éventualité se voit surtout dans les formes subaiguës, la transformation fibreuse s'accompagne d'une forte irritation de la vaginale qui s'épaissit et constitue une coque enveloppant le testicule, l'épididyme et la portion tordue du cordon. Cette carapace déterminée par la réaction inflammatoire de la vaginale, quand elle ne subit pas de regression, prend ultérieurement l'aspect d'une hématocele ancienne avec pachyvaginalite.

Rarement, par suite d'une infection surajoutée, il se produit une nécrobiose septique de la glande génitale. La peau du scrotum s'enflamme, s'ulcère ; il y a élimination gangréneuse des tubes séminifères ; la glande fond. Quand il ne reste plus rien du testicule, l'ulcération se referme ; jamais elle ne se fistulise.

Sens de la rotation ; nombre de tours : Le sens de la torsion est sept fois sur dix celui des aiguilles d'une montre. Le nombre de tours que fait le cordon sur lui-même varie de $1/2$ à 4,5, dans les formes graves. En général, on trouve 1 tour, 1 tour $1/2$.

Notons ici que lorsque la torsion est de 1 tour ou de $n+1$ tour (n étant un nombre entier), l'épididyme est placé derrière le testicule, comme normalement. Mais quand la torsion est de $1/2$ tour ou de $n+1/2$ tour, le testicule se trouve en inversion. Comme nous le verrons au chapitre clinique, il est souvent difficile de distinguer l'épididyme du testicule en cas de torsion ; mais toutes les fois qu'on pourra reconnaître l'inversion, le diagnostic sera facilité.

FREQUENCE

Depuis que Mouchet et Ombredranne ont attiré l'attention des chirurgiens et leur ont donné le conseil « d'opérer toutes les orchio-épididymites qui apparaissent brusquement et ne peuvent être rapportées à une infection urétrale ou à une maladie générale », on s'est aperçu que la torsion du testicule n'était pas une affection rare.

Elle est même beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, mais malheureusement elle est souvent méconnue.

Le cordon spermatique peut se tordre à tout âge :

Chez le nouveau-né, la torsion n'a jamais été vérifiée par un acte opératoire ; mais il semble bien qu'elle est la cause de ces accidents décrits par les Spencer, où, après un accouchement par le siège, le bébé présente un gros hématome des bourses suivi de gangrène ou d'atrophie du testicule.

Pendant les premiers mois de la vie, la torsion est loin d'être exceptionnelle, mais, comme nous le verrons au chapitre suivant, l'allure subaiguë qu'elle prend généralement à cet âge la fait méconnaître.

C'est pendant la deuxième enfance et l'adolescence, de 8 à 22 ans, que l'on observe le plus grand nombre de torsion du testicule : 70 % des cas.

Chez l'adulte, l'affection a paru rare à certains auteurs. Mais cette rareté, plus apparente que réelle, tient à ce que, trop souvent encore, on attribue une origine gonococcique à ces « pseudo orchio-épididymites » que sont les torsions du cordon spermatique.

La torsion est très rare chez le vieillard, mais elle peut se voir. O'Connor, dans une publication récente

relate deux observations concernant des malades de 58 et 68 ans.

D'ordinaire, la torsion est unilatérale ; elle est quelquefois bilatérale (Kenneth Walker, Truc et Hérán, Otteinheimer et Bidgood). Elle siège un peu plus souvent à gauche, comme le varicocèle ; est-ce, ainsi que se le demande Strominger, parce que les troubles circulatoires sont plus accentués de ce côté ?

La variété la plus commune est de beaucoup le volvulus (85 %). La forme extra-vaginale est plus rare (15%) ; elle s'observe surtout quand le testicule est en ectopie.

En terminant ce petit chapitre, il nous faut dire un mot de la fréquence de la torsion au cours de l'ectopie testiculaire. Pour Lapointe, l'ectopie existe dans 50 % des cas de torsions ; mais de son temps on n'opérait pas les « orchites aiguës primitives », tandis qu'on intervenait toujours en présence du syndrome d'étranglement herniaire par lequel se traduit généralement la torsion du testicule ectopique.. ce qui explique l'importance du chiffre qu'il donne. En réalité, sur 100 torsions du cordon, il y a au moins 80 observations se rapportant à des testicules dont la migration est terminée.

ETUDE CLINIQUE

La torsion du cordon spermatique peut revêtir des aspects cliniques différents : suivant l'évolution de l'affection (formes aiguës, subaiguës, larvées, récidivantes), suivant l'âge des malades (torsions chez le nourrisson, l'enfant, l'adulte), suivant que la torsion intéresse un testicule normalement placé dans les bourses ou une glande ectopiée.

A. — Formes suivant l'évolution de l'affection

1° Les formes aiguës

Elles sont les plus fréquentes et les mieux connues. Il s'agit en général d'un enfant ou d'un jeune homme, jusque là en bonne santé, sans aucune tare, qui brusquement, à la suite d'un effort, après un léger traumatisme, au cours d'un coït..., quelquefois sans cause apparente, est pris d'une forte douleur dans la région inguino-scrotale. Cette douleur, d'emblée violente, est d'une acuité et d'une soudaineté telles qu'on n'en voit guère de pareille dans aucune autre affection du testicule : même dans l'orchite suraiguë, il existe une progression dans l'évolution des phénomènes douloureux. Parfois syncopale, la douleur a souvent nécessité chez l'adulte l'emploi de la morphine. Tantôt les phénomènes douloureux persistent sous la forme de crises violentes et rapprochées ; tantôt la douleur semble diminuer un peu pour redevenir plus

aiguë au bout de quelques heures, comme si une torsion plus serrée s'était produite.

Très peu de temps après le début des accidents, au bout de 3 à 4 heures, le scrotum du côté malade se gonfle, rougit, devient le siège d'une inflammation locale qui atteindra son apogée en 24 à 48 heures. La tuméfaction de l'hémiscrotum, toujours facilement appréciable, est parfois considérable.

Les téguments et le tissu cellulaire sous-cutané sont infiltrés d'un gros œdème.

La peau est rosée ou franchement rouge, elle est chaude, luisante.

L'épaississement des tissus, l'épanchement liquidien dans la vaginale et la douleur que provoque la palpation rendent difficile l'examen local. En usant de patience et de douceur, on sent le testicule et l'épididyme augmentés de volume, atteignant parfois la grosseur d'une mandarine formant une grosse masse où il n'est pas facile de les distinguer l'un de l'autre.

Le cordon a un aspect différent suivant que la torsion est extra ou intra-vaginale : dans le premier cas il est gros, œdémateux et douloureux ; dans le deuxième cas, au-dessus de la masse épiddymo-testiculaire émerge un cordon étonnamment souple, mais toujours plus gros que normalement.

En même temps que la douleur et les signes inflammatoires locaux, il existe fréquemment des signes réflexes dus à la torsion des nerfs du cordon et à l'irritation consécutive des plexus solaire et hypogastrique : le malade est agité, angoissé ; son pouls est petit et fréquent ; son visage d'une pâleur jaunâtre est recouvert de sueurs ; il est constipé avec parfois même un arrêt des gaz ; il a des nausées et quelquefois des vomissements. Ces signes réflexes ont une intensité variable avec le siège de la torsion, avec l'âge du malade et surtout avec sa plus ou moins grande sensibilité ; très marqués chez certains et réalisant alors le tableau alarmant du péritonisme, ils peuvent être insignifiants chez d'autres.

A part la douleur, la tuméfaction de l'hémiscrotum qui est rouge et chaud comme dans une orchite et les

signes réflexes, rien d'autre. Le malade n'a pas de fièvre ou en a très peu $37^{\circ} 5$, 38° . Il n'y a pas d'écoulement urétral. Le toucher rectal montre l'intégrité de la prostate et des vésicules séminales.

En présence d'un pareil syndrome, formé à la fois de signes positifs et négatifs l'intervention rapide s'impose. En effet dans les cas aigus, la détorsion spontanée est exceptionnelle ; et, si on n'opère pas, la glande est vouée à l'atrophie ou à la gangrène.

Première éventualité : la douleur s'atténue et disparaît du 4^e au 5^e jour ; la tuméfaction et la température locale persistent pendant une à deux semaines, puis diminuent ; le scrotum reprend sa forme et sa coloration normales. Le malade se croit guéri..., mais au bout de quelques mois le testicule est réduit au volume d'un haricot et il ne possède plus cette sensibilité qui lui est si spéciale : la glande s'est atrophiée.

Deuxième éventualité : vers le cinquième jour, le malade a de la fièvre, 38° , $38^{\circ} 5$; la tuméfaction augmente ; la peau du scrotum devient très rouge et chaude, elle adhère aux plans profonds ; il y a formation d'un abcès qu'il faudra inciser ou qui se fistuliserà en donnant issue à du pus et à une masse filamenteuse constituée par les tubes séminifères du testicule nécrosé. La fistule se fermera au bout de trois semaines sur un sac scrotal vide.

Tels sont l'aspect clinique et l'évolution de la forme aiguë classique des torsions testiculaires. Signalons qu'à côté de cette forme, il existe des cas suraigus, tels ceux décrits par Viscontini et par Auvray, dans lesquels l'intervention même très précoce ne permet pas de sauver la glande.

2° Les formes subaiguës

Jusqu'à ces derniers temps, et Brumberg dont la thèse est de 1932 l'entendait encore ainsi, on pensait :

Syndrome d'orchite aiguë qui n'a pas fait sa preuve = torsion du testicule ; syndrome d'orchite subaiguë qui n'a pas fait sa preuve = torsion de l'hydattide de Morgagni.

C'est là une erreur ; car il existe une forme subaiguë de la torsion du cordon spermatique tout aussi fréquente que les torsions d'hydatide, sinon plus. Mais elle est de connaissance récente, et on verra tout-à-l'heure pourquoi elle fut si longtemps ignorée et pourquoi, même actuellement, on la méconnaît souvent.

Dans la forme subaiguë, le début des accidents est moins brutal. Les phénomènes douloureux et les signes réflexes qui avaient une si grande importance dans la forme précédente sont remplacés par des équivalents mineurs : la douleur bien moins vive est réduite à une simple lourdeur testiculaire avec de temps en temps des tiraillements le long du cordon. Le facies est bon ; les réactions abdominales ne consistent plus qu'en un peu de constipation ; il n'y a pas de vomissement.

Ce qui domine ici, se sont les signes physiques : la bourse est tuméfiée, œdémateuse, rosée, chaude, enflammée. La palpation est douloureuse. La peau adhère ou non aux plans sous jacents. Le testicule et l'épididyme forment une grosse masse plus ou moins douloureuse qui est fixée en position haute par la rétraction du cordon. Celui-ci est souple et à peine un peu plus gros qu'à l'état normal. Ce sont ces signes locaux qui attirent l'attention et amènent le malade à consulter, deux, trois jours après le début de la torsion. Le médecin, inévitablement, pense alors à une orchite. Il prescrit le repos au lit, des applications locales d'onguent napolitain belladonné, de collargol, etc., et quand il revoit son malade au bout de 3 ou 4 jours ne constate aucune amélioration alors que ce traitement amène en général une régression nette des signes d'orchite.

A ce moment, il est encore temps d'opérer. Dans la torsion aiguë, la détorsion pour être efficace doit avoir lieu dans les 24 à 36 heures ; mais, on a pu sauver des testicules après 8, 10 jours de torsion subaiguë.

Vers le 10^e, 15^e jour de l'évolution des formes subaiguës, le tableau clinique est le suivant : la tuméfaction persiste mais les phénomènes inflammatoires se sont beaucoup atténués.

Tantôt, on sent à la palpation une masse de forme

et de consistance inégales où l'on reconnaît un gros testicule coiffé par un épididyme volumineux surtout au niveau de la tête, le tout plus ou moins adhérent aux plans superficiels. Le cordon est un peu épaissi. On croirait à une orchio-épididymite tuberculeuse, mais c'est surtout la tête de l'épididyme qui est grosse et douloureuse, il n'y a pas de lésions bacillaires associées.

Tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, le testicule et l'épididyme ne font qu'un seul bloc entouré d'une vaginale épaissie formant carapace. La masse n'est pas translucide ; elle n'est plus douloureuse et est surmontée d'un cordon très souple. Bref, on a ici le tableau d'une hématocele ancienne avec pachyvaginalite ou d'une tumeur du testicule.

La forme subaiguë n'évolue jamais vers la gangrène, mais toujours vers la transformation fibreuse et l'atrophie. A partir du 20^e jour environ, la tuméfaction diminue progressivement et au bout d'un certain temps le testicule n'est plus qu'une petite masse fibreuse de la grosseur d'un pois, adhérente à la peau.

Tel est le tableau clinique et l'évolution de la forme subaiguë : début peu bruyant qui n'impose pas l'acte opératoire ; signes bâtarde, atypiques, variables avec l'âge de la torsion, réalisant tantôt le tableau d'une orchite, tantôt celui d'une hématocele avec pachyvaginalite.

On comprend dès lors pourquoi cette forme fut si longtemps méconnue et pourquoi actuellement encore on en fait rarement le diagnostic. Le malade ne se décide à consulter son médecin que lorsque la tuméfaction a pris des proportions inquiétantes et que les lésions sont avancées, quelquefois même il ne va consulter qu'à la période d'atrophie. D'autre part le médecin se trompe souvent et quand il se décide à opérer, il est trop tard.

En sorte que la torsion subaiguë, moins grave en elle-même que la forme aiguë, et dont le diagnostic même tardif permettrait de sauver presque toujours le testicule, reste cependant la forme de torsion la plus funeste pour la glande génitale, car on n'y pense pas.

3° Les formes larvées

Ces formes correspondent à des torsions lâches, faciles à se détordre. Ce sont, pourrait-on dire, des torsions sans étranglement qui ne provoquent pas de graves lésions. Leur symptomatologie est très fruste : pas de signes généraux ; pas de signes réflexes ; les signes physiques légers, le testicule et l'épididyme sont à peine augmentés de volume, il n'y a pas d'inflammation locale des téguments. Il existe seulement de vagues douleurs étiquetées « névralgies testiculaires » qui une fois guéries restent mal fixées dans la mémoire des malades, tant elles sont fugaces.

Il est des cas où la torsion restera presque latente, les phénomènes douloureux ne seront jamais caractéristiques et bien qu'il soit très naturel de les rattacher à une torsion, ils sont souvent trop vagues et trop vulgaires pour attirer l'attention.

Ces formes larvées, n'étant pas chirurgicales, n'ont jamais fait l'objet de constatation anatomo-pathologiques ; aussi leur existence a-t-elle été mise en doute par certains auteurs !

4° Les formes récidivantes

Elles sont fréquentes et il existe actuellement de nombreuses observations ayant trait à cette variété de torsion déjà signalée par Van der Poel, puis par Vanverts, Lejars, Iselin, Cotte et Croisier, Nora.

En étudiant la forme aigue commune, nous avons vu que, souvent, le malade raconte avoir déjà ressenti quelques jours avant sa crise des souffrances analogues à ses douleurs actuelles mais passagères et moins violentes. Ces phénomènes douloureux prodromiques correspondaient à des torsions incomplètes ou temporaires.

Il en est de même dans la forme récidivante où les accidents se reproduisent par poussées successives espacées de quelques semaines, de quelques mois, ou de plusieurs années.

Les crises surviennent à la suite d'un effort, d'un faux mouvement, d'un croisement de jambes. Elles se traduisent par de vives douleurs dans la région inguino-scrotale, suivies d'un gonflement du testicule le lendemain. Sous l'influence du repos au lit, tout s'arrange, la détorsion se produit spontanément.

Quelquefois les douleurs cessent au cours de l'examen médical, le médecin par ses manipulations ayant pratiqué une détorsion par manœuvres externes. Il est même des cas, tels ceux signalés par Van der Poel, Nora, Levi, où c'est le malade lui-même qui met fin à la crise : il soulève le testicule, modifie sa position dans un sens ou dans l'autre et par des manœuvres remet en bonne position l'organe incomplètement tordu.

Il faut toujours craindre, dans cette forme, qu'après un certain nombre de crises prémonitoires, ne surviennent des accidents aigus avec leurs conséquences.

D'ailleurs l'atrophie progressive de la glande a souvent lieu sans même qu'un épisode aigu se soit produit.

Pourtant le pronostic des torsions récidivantes est en général bon. D'abord parce que les petites crises prodromiques sont suivies la plupart du temps de détorsion rapide ; ensuite parce que la répétition des accidents finissent par imposer le diagnostic et on opère alors avant qu'une torsion aiguë n'ait lieu. Et même quand celle-ci s'est produite, les antécédents font penser à la torsion et on opère d'urgence.

On peut donc considérer comme bénignes ces crises qui se répètent un certain nombre de fois sans entraîner l'intervention mais qui s'aggravent en fin de compte et à la longue suffisamment pour la motiver.

B. — Formes suivant l'âge des malades

Les accidents de torsion peuvent se voir à tout âge : on en a observé chez des nourrissons de 12 jours et chez des vieillards de 70 ans.

1° Chez le nourrisson, les observations de torsion

du cordon spermatique ne sont pas fréquentes ; mais cette rareté n'est que relative. En effet, la torsion est souvent méconnue chez le tout jeune enfant où elle revêt la plupart du temps une allure subaiguë : la symptomatologie des accidents est peu bruyante, le début passe inaperçu, le petit malade ne paraît pas souffrir. La tuméfaction inflammatoire seule attire l'attention. Pour peu qu'il existe en même temps de l'érythème fessier, la mère consulte la sage-femme qui fait mettre sur le tout la même pommade, et on attend que ça passe. Certes, chez le nourrisson, il y a aussi quelquefois des crises aiguës ; mais, même dans ces cas, on interprète mal les plaintes du bébé, les accidents sont rapportés à une cause banale et traités par l'abstention. Il existe certainement beaucoup d'atrophies testiculaires qui sont les reliquats d'une torsion ayant eu lieu dans les premiers mois de la vie.

2° *Chez l'enfant*, la torsion est fréquente et les crises, d'ordinaire aiguës, sont de diagnostic facile si on y pense, car les causes d'orchio-épididymites sont rares à cet âge.

3° *Chez l'adulte*, la torsion du testicule ne présenterait également rien de spécial. Mais à cet âge, en présence de la douleur, des signes généraux parfois accentués et des signes locaux d'orchite, on a toujours tendance à incriminer une « chaude-pisse tombée dans les bourses ». Le diagnostic erre ; on temporise, et quand on s'aperçoit de l'erreur, il est trop tard.

C. — La torsion du testicule ectopique

L'ectopie, nous l'avons vu, est une cause favorisante de torsion. Elle prédispose surtout à la forme extra-vaginale.

Ici, les accidents de torsion sont en général aigus. L'aspect clinique est le même que lorsque la torsion intéresse une glande normalement descendue, avec les particularités suivantes :

a) il n'y a pas de testicule dans l'hémiscrotum du côté malade ;

b) la douleur très forte est surtout marquée au pli de l'aîne ;

c) la tuméfaction inflammatoire siège au niveau de l'orifice externe du canal inguinal : elle est irréductible ;

d) les signes réflexes sont au maximum : le facies est péritonéal, le pouls est petit et rapide, il y a arrêt des matières et des gaz, le malade a des vomissements. Un véritable tableau d'étranglement de l'intestin.

En présence de pareils signes, on décide l'opération d'urgence ; et, au lieu de l'étranglement herniaire, on trouve une torsion. Il existe d'ailleurs quelquefois une hernie concomitante et on a même pu invoquer, comme cause déterminante de la torsion, une poussée de cette hernie.

DIAGNOSTIC

Ce chapitre est peut-être le plus important de toute notre étude. En effet, seul un diagnostic précis et fait à temps pourra sauver de l'atrophie ou de la gangrène un testicule tordu.

A. — DANS LES CAS AIGUS, le diagnostic est en général facile.

Il faudra d'abord rejeter l'hypothèse d'une orchio-épididymite aiguë. L'interrogatoire et l'examen du malade ne révèlent aucune des causes habituelles d'orchite. On peut successivement éliminer : l'orchite des fièvres éruptives et des oreillons, l'orchio-épididymite blennorragique (pas d'écoulement urétral, urines claires, le malade nie tout passé vénérien), l'orchio-épididymite tuberculeuse (pas de lésions vésicales, rénales ou pulmonaires associées, pas d'hérédité bacillaire, le toucher rectal ne décèle rien à la prostate ni aux vésicules séminales).

Et, en présence d'un syndrome d'orchio-épididymite aiguë dont on ne trouve pas la cause, il faut immédiatement penser à la possibilité d'une torsion du testicule et en rechercher les signes positifs.

Voici, ci-dessous énoncés, les principaux éléments qui permettront d'établir le diagnostic :

- a) la notion de crises antérieures de subtorsion ;
- b) la cause déterminante du mal : efforts, faux-mouvements, masturbation ;
- c) la brutalité du début des accidents. « Aucune autre affection du testicule n'apparaît avec une telle soudaineté et une telle violence » (Lapointe) ;
- d) l'ascension du testicule malade et la fixation de la glande en position haute par rétraction du cordon (Brunzel) ;

e) le fait que le diamètre antéro-postérieur de la tuméfaction est plus grand que le diamètre vertical, signe qui d'après Lévi aurait une grande valeur mais qui ne s'observerait que dans les cas de torsion intra-vaginale ;

f) le signe du ballottement testiculaire, rendu possible par la mobilité anormale du testicule et par l'existence d'un petit épanchement vaginal. « En immobilisant la bourse malade de la main gauche et en percutant le testicule avec l'index de la main droite, on sent un véritable choc en retour, absolument comme si un organe déplacé et libre dans la cavité venait heurter la main qui palpe par contre-coup » (Lahayville) ;

g) la ponction de la vaginale, qui ramène un liquide séro-sanguinolent ou du sang pur, comme on en trouve dans les sacs de hernies étranglées ou dans le péritoine quand un viscère est tordu. A part le traumatisme, il n'existe pas d'affection aiguë du testicule pouvant provoquer l'apparition de sang dans la vaginale aussi rapidement après le début des accidents (Strominger) ;

h) enfin, l'inversion testiculaire, quand elle existe est une facilité pour le diagnostic.

B. — DANS LA FORME SUBAIGUË, les accidents ne revêtant pas l'allure dramatique de la variété précédente, il arrive qu'on ne pense même pas à la torsion. Presque invariablement on fait le diagnostic d'orchite, on mêt le malade au repos, on lui prescrit des compresses chaudes, des applications locales de collargol, etc. ; et on attend que ça passe.

Or, et c'est ici le point capital du diagnostic, cette médication, qui amène en général une amélioration nette des signes d'orchite, ne change évidemment en rien l'évolution de la torsion. Au bout de trois jours d'un pareil traitement, la tuméfaction persiste, la peau du scrotum reste rosée, les douleurs sont toujours aussi vives ; il n'y a aucune modification des signes fonctionnels ou physiques.

En sorte que, on pourrait établir comme règle que toute « orché-épididymite subaiguë » dont la cause est restée indéterminée et dont les symptômes n'ont pas

rétrocédé après 2 ou 3 jours de traitement antiphlogistique, doit être considérée comme étant due à une cause mécanique, à une torsion du testicule principalement, et, comme telle, doit être opérée dans le plus bref délai.

Il nous faut parler ici d'un diagnostic différentiel qui a fait couler beaucoup d'encre, malgré son peu d'importance, celui de la forme subaiguë de torsion testiculaire avec la torsion de l'hydatide sessile de Morgagni.

Les symptômes de ces deux affections offrent en effet plusieurs points communs et ce ne sera souvent qu'à la faveur d'une critique séméiologique serrée qu'on pourra parvenir à faire le diagnostic :

Torsion du testicule :

Le testicule et l'épididyme forment une masse uniformément grosse.

La palpation de tout l'appareil épидидymo-testiculaire est douloureuse.

On ne sent jamais l'hydatide à la palpation.

Le cordon est rétracté; il est souvent tuméfié et toujours un peu douloureux.

Longue évolution de la maladie.

Torsion d'hydatide :

Le testicule est de dimension normale, seul l'épididyme est tuméfié, surtout au niveau de la tête.

Le testicule est de sensibilité normale. Il existe un point exquisement douloureux au niveau de la tête de l'épididyme.

On peut parfois sentir l'hydatide sous forme d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois ou d'une bille, plus ou moins mobile et très douloureuse.

Il n'y a pas d'ascension du cordon; celui-ci n'est pas plus gros que normalement et il n'est pas douloureux.

Résolution rapide des accidents.

Et c'est assez dire sur ce diagnostic différentiel qui a très peu d'importance en pratique, puisque dans les deux cas on intervient chirurgicalement. Dans l'hypothèse d'une torsion du testicule, il faut opérer pour sauver la glande ; dans celle d'une torsion de l'hydatide sessile de Morgagni, il faut encore opérer, par crainte d'une erreur de diagnostic toujours possible

C. — **DANS LA FORME RÉCIDIVANTE**, le diagnostic est facilité par la notion des crises prémonitoires. Ces crises antérieures de subtorsion auront été attribuées à des causes les plus variées (névralgies testiculaires, douleurs de varicocèle, irradiation testiculaire d'une affection rénale, etc). La répétition des crises douloureuses coïncidant avec l'apparition passagère d'une tuméfaction inflammatoire des bourses doit faire penser à la torsion. On interviendra alors avant que n'ait lieu une crise aiguë avec ses conséquences graves.

D. — **LORSQUE LE TESTICULE EST EN ECTOPIE**, la torsion simule souvent un étranglement herniaire. Dans les deux cas il y a un début brusque, une tumeur irréductible à l'orifice externe du canal inguinal, des signes réflexes importants, des vomissements, un arrêt des matières et des gaz.

Le diagnostic est parfois très difficile, mais ici encore l'erreur n'a aucune importance puisqu'il faut intervenir d'urgence dans les deux cas.

Toujours en cas d'ectopie, il faudra parfois discuter la possibilité d'une adénite du ganglion de Cloquet.

E. — **LORSQUE, AU COURS DE L'ÉVOLUTION D'UNE FORME AIGUË**, il y a suppuration génitale, il faudra que le médecin élimine de son diagnostic les diverses causes d'orchi-épididymites suppurées : celles que l'on peut voir au cours ou au décours de diverses infections générales et urinaires (mais ici la maladie causale est généralement connue, les malades sont de grands infectés) ; les orchi-épididymites tuberculeuses (lésions associées des autres organes et en particulier de la prostate et des vésicules séminales, formation d'un abcès postéro-inférieur et non antérieur, fistulisation très longue à guérir, évolution prolongée de la lésion bacillaire) ; les orchi-épididymites gonococciques (suppuration rare, consiste en petites collections purulentes de la queue de l'épididyme ; dans les cas exceptionnels d'orchi-épididymites blennorragiques s'accompagnant d'une fonte totale du testicule certains auteurs pensent qu'il s'agit là d'une torsion surajoutée consécutive à la grosse congestion de l'organe).

F. — LORSQUE, AU COURS DE L'ÉVOLUTION D'UNE FORME SUBAIGUË, il s'est formé autour de la masse épидидymo-testiculaire une véritable coque vaginale, le diagnostic sera parfois difficile à faire avec une hématoçèle ancienne, avec une vaginalite, avec une tumeur du testicule. Il faudra interroger le malade avec précision sur les conditions d'apparition de l'affection et rechercher les deux signes suivants qui sont constants d'après Chevassu :

a) ascension unilatérale du testicule malade qui est fixé en position haute par le raccourcissement du cordon ;

b) souplesse parfaite du cordon dans la zone perceptible.

G. — Lorsque, la torsion ayant passé complètement inaperçue, le malade vient consulter pour une *atrophy testiculaire*, il faudra l'interroger minutieusement, rechercher dans son passé les crises douloureuses de subtorsion, lui demander s'il n'a pas eu une « orchite » les mois précédents et s'informer des caractères de cette orchite. Car ici encore il est important de faire un diagnostic exact ; trop souvent on prend ces reliquats de torsion pour un « haricocèle de Ricord » et on institue alors un traitement anti-syphilitique pour le moins inutile.

H. — Pour terminer, disons juste un mot de ces *pseudo-orchites* qui ne sont pas des torsions du cordon spermatique, mais correspondent à des accidents mécaniques divers, tels ceux signalés par Olry, Mouchet et Sourdat : torsion intra-sacculaire d'un fragment d'épiploon, torsion d'un kyste du cordon, d'un vas aberrans, de l'organe de Giraldes, etc. Toutes ces affections, véritables raretés cliniques, ne peuvent être diagnostiquées qu'à l'intervention.

TRAITEMENT

Il n'y en a qu'un; il est chirurgical. Il ne faut pas chercher à pratiquer de détorsion par manœuvres externes puisqu'on ne peut apprécier cliniquement ni le sens ni le degré de la torsion et que d'autre part une pareille façon d'agir ne mettrait pas le testicule à l'abri de nouveaux accidents.

L'intervention doit être pratiquée d'urgence, dans les 24 à 48 heures, si les phénomènes sont aigus.

Lorsque la torsion est subaiguë, on pourra opérer avec des chances de succès longtemps après le début des accidents : 6, 8 jours ; deux semaines dans un cas de Blanc. Si donc, après avoir fait un diagnostic d'orchite subaiguë, le médecin ne voit pas d'amélioration notable dans l'état local du malade après trois ou quatre jours du traitement antiphlogistique habituel, il devra réformer son diagnostic et confier son malade au chirurgien pendant qu'il est encore temps. Il reste évident que même dans ces cas, les résultats opératoires seront d'autant meilleurs que l'intervention sera plus précoce.

Le but de l'opération est de détordre le cordon et de fixer le testicule anormalement libre.

Après anesthésie locale ou générale, selon la résistance et l'âge du malade, on fait une incision scrotale ou inguinale suivant que le testicule est ectopié ou non. Les plans superficiels traversés, on arrive sur une vaginale couleur lie de vin. A l'ouverture de la séreuse, il en sort un liquide sanguinolent ou du sang pur. On découvre le testicule et l'épididyme plus ou moins tuméfiés, d'aspect différent suivant l'âge et le degré de la torsion. Il faut alors chercher le point où le cordon est tordu ; la localisation est plus fréquen-

te sur la partie terminale du cordon. On détord ; au moment de la détorsion, surtout dans les cas subaigus, on est souvent gêné par des adhérences qui unissent la portion tordue du cordon aux tissus voisins : il faut alors libérer prudemment le cordon de ces liens.

Ensuite, on irrigue le testicule au sérum chaud, ce qui suffit à lui rendre parfois sa coloration normale. D'autres fois, il reste violacé avec des taches ardoisées suspectes. L'aspect extérieur de l'organe ne renseigne pas toujours sur son degré de vitalité. Aussi ne doit-on se résoudre à sacrifier la glande génitale que si les lésions sont certainement irrémédiables. Il faut être conservateur et faire le moins de castration possible.

Vanlande et Debrie conseillent dans les cas douteux « d'inciser la gaine du cordon dans la zone volvulée, d'en disséquer les éléments : la constatation de battements au niveau des artères du cordon permettant de prévoir la revitalisation du testicule ».

Toutes les fois que l'on conservera la glande, il faudra maintenir la détorsion. Dans la variété extra-vaginale on fixera simplement la vaginale au scrotum ; si la torsion est intra-vaginale il convient de fixer en outre le testicule à sa séreuse.

Il sera souvent utile de faire un retournement de la vaginale : la fixation n'en sera que meilleure et on traite ainsi la vaginalite qui accompagne si souvent la torsion.

Certains auteurs conseillent, avec Lepoutre, de pratiquer la transposition sous-cutanée du testicule « tant au point de vue de la fixation de l'organe qu'à celui des conditions favorables à son développement ».

Après quoi, on suture le scrotum, le plus souvent sans drainage.

Les suites opératoires sont en général simples et apyrétiques. Le malade est complètement guéri au bout d'une quinzaine de jours.

Quelquefois, quand l'opération a été trop tardive, on peut observer une désunion de la plaie avec formation d'un fungus testiculaire et on sera obligé de pratiquer une castration secondaire. Mais cette éven-

tualité rare ne doit pas nous rendre pessimistes et on devra continuer à conserver le plus de testicules possible. Tant qu'une glande aura des chances d'être sauvée, il faudra la laisser en place.

Avant de terminer ce chapitre — nous rappelant qu'il existe des cas, rares à la vérité, de torsions bilatérales, soit simultanément soit plus souvent alternativement —, nous préconisons d'opérer préventivement l'autre côté quand, un testicule étant déjà tordu, l'autre se trouve dans l'une des conditions anormales prédisposant à la torsion.

OBSERVATIONS

I. — TORSION AIGÜE DU CORDON SPERMATIQUE. INTERVENTION PRÉCOCE. GUÉRISON. (Vanlande et Debrie : *L'Algérie médicale*, déc. 1932).

Le 21 janvier dernier, dans l'après-midi, nous sommes appelés à examiner d'urgence un malade entré dans le Service d'Urologie de l'Hôpital Maillot le matin pour des douleurs vives siégeant au niveau du testicule gauche.

Interrogé, le malade nous raconte l'histoire suivante : « Au cours de la nuit précédente, brusquement, à la suite d'une pratique d'onanisme dont le sujet est coutumier, est apparue une violente douleur au niveau de la bourse gauche. Quelques instants après seraient apparus des vomissements répétés par trois fois. On le transporte à l'Infirmerie du Corps où on lui applique des compresses chaudes sur la bourse douloureuse ; il est vu à ce moment par le Médecin du Corps qui l'envoie à l'hôpital le lendemain matin avec le diagnostic d'orchi-épididymite d'origine indéterminée ayant débuté brusquement dans la nuit ».

Nous examinons le malade dans l'après-midi, à 15 heures.

A l'inspection du scrotum on constate une tuméfaction importante et une rubéfaction intense de la bourse gauche.

Le malade souffre spontanément et se laisse très difficilement palper en raison des douleurs vives que provoque le moindre contact.

On peut cependant se rendre compte que le testicule n'est pas sensiblement augmenté de volume mais il est surmonté d'une sorte de tumeur irrégulière très développée vers le pôle antérieur de l'organe.

Les enveloppes scrotales sont infiltrées, épaissies et ne permettent pas de se rendre compte très exactement de la disposition des organes sous-jacents.

Dans les antécédents du malade on ne relève aucune maladie générale. Il n'existe pas d'écoulement urétral : le sujet nie énergiquement tout passé vénérien.

Devant ce tableau symptomatique on élimine le diagnostic d'orchite et l'on pense à une torsion ; dans ces conditions l'intervention immédiate est décidée.

Intervention : Sous anesthésie générale au Schleich. Incision sur la face antérieure de la bourse tuméfiée. On découvre la vaginale qui est tendue et bleuâtre ; une certaine quantité de liquide séro-hématique s'écoule. On s'aperçoit qu'il existe une torsion de la portion intra-vaginale du cordon qui présente deux tours de spire dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

Le testicule est noirâtre et une tuméfaction distend la tête de l'épididyme ; on détord le cordon et pour s'assurer de l'état des éléments vasculaires on en ouvre la gaine.

Après détorsion du testicule, en raison de l'intégrité constatée des vaisseaux du cordon on se croit autorisé à laisser l'organe en place.

On ferme la vaginale, suture du scrotum.

Les suites opératoires furent apyrétiques et le malade sortit guérit, le 8 février.

Revu le 5 mars, le malade nous a paru en bon état. Le testicule est un peu gros et sensible. L'épididyme est bien perçu ; le cordon reste douloureux à la pression jusque dans le canal inguinal ; le port d'un suspensoir en permanence atténue beaucoup les légères douleurs qui persistent au niveau de l'organe. Celui-ci paraît avoir repris complètement sa vitalité.

II. — TORSION SUPRA-VAGINALE DU CORDON SPERMATIQUE. DÉTORSION OPÉRATOIRE A LA 20^e HEURE. GUÉRISON. (Fievez . Rapport P. Moulonguet, *Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 21 mars 1934).

L. P... 17 ans, appelle le 12 janvier 1934 vers 20 h., le Dr. Vautrin de Malo-les-Bains, pour une douleur vive dans le scrotum gauche, en haut, apparue brusquement vers 16 heures, à l'occasion d'un mouvement de croisement des cuisses, la gauche sur la droite. Un vomissement un quart d'heure après l'accident, un deuxième vers 19 h. 30.

Le Dr. Vautrin constate une douleur à la pression nettement maxima juste au-dessus du testicule ; à cet endroit il existe des « traînées dures, en zig-zag, descendant en s'aménuisant vers le bas de l'organe ». T° normale. Pas de blennorrhagie. Injection de sédol. Le malade dort jusqu'à 7 h. du matin, il souffre encore au réveil, mais moins que la veille. Pourtant son médecin, soupçonnant un accident mécanique, m'appelle en consultation.

L'examen immédiat me montre un scrotum volumineux dans sa partie inférieure, sous le plan de la verge. La palpation ne dénote rien d'anormal à droite, le testicule un peu mou cependant. A gauche, elle révèle une masse grosse comme un œuf de poule, douloureuse, sous-jacente à un cordon scrotal et inguinal normal et indolore. En palpant cette masse très attentivement je distingue : a) une partie molle, centrale, antérieure, qui est le testicule dans un léger épanchement vaginal, testicule en position normale, sans inversion apparente; b) l'entourant, sauf en avant, une masse plus dure et plus sensible, donnant l'impression de l'épididyme, énormément épaissi, au niveau de sa tête principalement, avec un point exquisement douloureux en haut et en arrière, correspondant à l'attache du cordon.

Au total l'aspect clinique est celui d'une volumineuse épididymite à prédominance céphalique.

Néanmoins, l'absence d'infection orchitogène (toucher rectal négatif), la brusquerie du début, la notion d'une *crisette* d'une heure survenue à l'âge de 5 ans, me font porter le diagnostic de torsion génitale.

Intervention à 11 h. 30 sous chloroforme. Incision du scrotum, ayant le point de douleur maxima à son centre. Dans le bas de cette incision, apparaît la vaginale, rougeâtre, légèrement distendue ; dans le haut, il n'y a pas d'enroulement, en cordon ombilical, du cordon spermatique. Mais en dégageant avec précaution le tractus génital, je constate l'existence d'un sillon net, juste au sommet de la vaginale qui est à ce niveau comme ombiliquée, masquant la torsion funiculaire.

Le dégagement progressif rend cette torsion plus apparente et permet d'en préciser le sens, inverse de celui des aiguilles d'une montre.

J'extrais la masse funiculo-testiculaire du scrotum. La partie postérieure en apparaît bleue, noire plutôt, formée de gros vaisseaux rigides, confondus en un magma offrant l'aspect d'un véritable hématome.

Détorsion, dans le sens des aiguilles d'une montre, de la verge vers l'aine : 1/2 tour... 1 tour et, brusquement, un bon centimètre de vaisseaux gonflés sort de la dépression de la vaginale ; la région reprend sa forme régulièrement allongée, normale. Fixation, par trois points de soie O, de la vaginale restée non ouverte au scrotum : au fond, au bas et au milieu de l'incision. Fermeture sans drainage aux crins de Florence. Suites opératoires simples. Au bout de 10 jours, les éléments du tractus génital, cordon, épididyme, testicule et va-

ginale sont redevenus nettement distincts et semblent avoir conservé leur pleine vitalité.

III. — TORSION SUBAIGUË DU TESTICULE OPÉRÉE LE HUITIÈME JOUR. TRAITEMENT CONSERVATEUR. GUÉRISON. (Observation inédite, communiquée par le Dr. Fayot).

L'enfant C. R..., 8 ans, entre en mai 1934 à l'hôpital parce qu'il a reçu la veille un violent coup de poing au niveau du testicule droit. La douleur très vive au moment du coup s'est atténuée par la suite, mais le lendemain du traumatisme on constate un gonflement douloureux de la région inguino-scrotale droite, qui amène l'enfant à consulter.

A l'examen, la partie droite du scrotum est augmentée de volume et la tuméfaction s'étend sur le trajet du cordon spermatique jusqu'à l'orifice de sortie du canal inguinal. La peau est à peine rosée.

A la palpation, il est difficile, en raison de la douleur et de la pusillanimité de l'enfant de déterminer exactement les dimensions du testicule droit ; pourtant le testicule semble augmenté de volume et l'épididyme est intact. La palpation est uniformément douloureuse sur la partie droite du scrotum. Il existe une légère réaction liquidienne dans la vaginale.

L'état général du malade est bon ; le pouls est un peu rapide, la température à 37° 9.

On porte le diagnostic de contusion du testicule et on laisse le blessé au repos.

Dans les jours qui suivent, on ne note aucune modification des signes fonctionnels ou physiques ; la douleur est toujours assez vive, la tuméfaction n'a pas rétrocedé. On pense à la possibilité d'une torsion testiculaire et on intervient.

Intervention (Dr. Fayot) : Anesthésie générale. Incision inguino-scrotale de 4 centimètres environ. A l'ouverture de la vaginale s'échappe une petite quantité de liquide séro-sanguinolent. Le testicule droit est tuméfié, violacé, parsemé de taches ecchymotiques. Le cordon spermatique est tordu et la torsion présente un tour complet. Des adhérences unissent déjà le cordon tuméfié aux tissus voisins. Libération prudente des adhérences et détorsion du cordon. Le testicule est laissé en place et la vaginale suturée au catgut. Suture des plans superficiels, sans drainage.

Suites opératoires très simples : l'enfant sort de l'hôpital à la fin du mois de mai, complètement guéri. Revu par la suite, et à plusieurs reprises, l'enfant présente un état local excellent.

IV. — TORSION RÉCIDIVANTE DU CORDON SPERMATIQUE. ATROPHIE CONSÉCUTIVE DU TESTICULE. (Guido Levi et Spezafumo : *La Tunisie Médicale*, avril 1934).

Le nommé Ar. Al... âgé de 30 ans, mécanicien, est un individu de constitution moyenne. Rien de particulier dans l'histoire de sa famille. Dans ses antécédents personnels : pas de retard dans la descente des testicules; parotidite épidémique à 5 ans, guérie sans aucune altération résiduelle de la glande génitale ; pleurésie sèche à l'âge de 15 ans guérie sans suite. Le sujet affirme n'avoir jamais souffert de maladie vénérienne, ni blennorragie ni syphilis. Il ne présente d'ailleurs aucune lésion des organes génito-urinaires sauf une importante atrophie du testicule gauche. BW = 0. Kahn = 0.

Le malade raconte que, en 1920, à l'âge de 16 ans, à la suite d'un effort pour soulever le rideau métallique d'un magasin, il ressentit une très vive douleur à la moitié gauche du scrotum, douleur extrêmement intense accompagnée de nausées, de vomissements et d'un état de choc assez important. La douleur était localisée au testicule dans sa partie antérieure. L'organe s'était enflé rapidement jusqu'à devenir 3 ou 4 fois plus gros qu'à l'état normal. Le cordon était presque indolore et n'était pas augmenté de volume. La T° était normale.

La douleur dura une heure environ, 24 heures après l'enflure commença à diminuer et rapidement en 2 ou 3 jours tout rentra dans l'ordre.

En 1923, pendant le service militaire, un exercice gymnastique déclancha une nouvelle crise avec les mêmes caractères (douleurs syncopales, nausées, enflure du testicule gauche, etc.). Cette nouvelle crise évolua sans fièvre en 24 heures et ne laissa aucune trace apparente dans la glande génitale.

Le malade d'ailleurs n'eut plus de crises jusqu'en 1927. De 1927 à 1929, trois crises survinrent. Ensuite les accidents se reproduisirent à peu près tous les deux mois et même tous les mois. Un effort minime, un mouvement brusque surtout de la jambe gauche était suffisant à déclancher la crise.

Les médecins que notre malade alla consulter s'expliquèrent mal la nature de ces crises ; quelques uns pensèrent à un varicocèle, mais la plupart le nièrent absolument et parlèrent d'un hydrocèle ou d'une vaginalité. Très probablement, le diagnostic fut différent selon que le malade fut visité pendant les crises ou pendant les périodes d'accalmie.

Aucun des médecins qui observèrent notre sujet ne se trompa pourtant jusqu'à diagnostiquer une orchio-épididymite aiguë dont l'origine aurait été inexplicable et qui n'aurait pu évoluer sans fièvre et sans phénomènes infectieux généraux, sans lésions génito-urinaires. Mais aucun ne fit attention à une importante particularité que notre malade avait pu remarquer : que les manipulations du testicule pendant l'examen médical déterminaient la brusque cessation des douleurs, comme si par ces manœuvres on remettait en bonne position l'organe momentanément déplacé.

Le malade d'ailleurs déclare que bien souvent il est arrivé tout seul à interrompre la crise, soit en soulevant le testicule, soit en modifiant sa position dans un sens ou dans l'autre.

Mais les accidents se reproduisant à des intervalles de plus en plus rapproché, notre malade se décida à écouter l'avis d'un chirurgien qui lui proposa la résection du scrotum comme traitement du varicocèle qui lui parut la cause de toutes les souffrances.

Le remède se montra pire que le mal. En effet, quelques mois après l'opération une crise plus violente que les autres obligea notre malade à s'aliter. La douleur plus persistante, dura cette fois six jours malgré l'application de vessie de glace. Les vomissements, l'état de choc furent particulièrement graves. L'enflure ne diminua qu'après 12 jours.

Malgré tout, les choses semblaient devoir s'arranger encore un fois ; mais après cette dernière crise le testicule qui s'était toujours bien tiré d'affaire, plus sérieusement atteint, s'atrophia rapidement, et trois mois après il n'en restait qu'une petite masse de la grosseur d'haricot.

Il est regrettable que pendant la longue période (12 ans) où le testicule encore en bon état aurait pu être sauvé, on n'ait pas pensé à la véritable nature du mal. Une orchidopexie faite à temps aurait sûrement apporté le remède efficace aux souffrances de notre malade, tandis que la résection du scrotum, en détruisant les dernières traces du gubernaculum testis a permis une plus grande mobilité du testicule et a facilité une plus grave torsion de la glande génitale.

V. — TORSION DU CORDON GAUCHE AVEC GANGRÈNE DU TESTICULE
CHEZ UN NOURRISSON DE 5 MOIS. (Coletti : *Arch. ital. di chir.*, juin 1932. Observation résumée par Guibal in *Journal de Chirurgie* de mars 1933).

Chez un nourrisson de cinq mois, chez lequel les deux testicules avaient effectué leur descente normale, et qui n'avait

présenté jusque là de symptômes de hernie, on voit apparaître brusquement une augmentation de volume de l'hémiscrotum gauche. Un médecin pratique le taxis et tout rentre dans l'ordre. Même accident et même réduction le jour suivant. Mais une nouvelle fois la tuméfaction reparait et reste irréductible. Le chirurgien constate qu'elle atteint les dimensions d'une noix, et qu'il est impossible de reconnaître cordon ni testicule ; la peau est tendue, mais mobile et de couleur normale à la surface ; l'enfant se plaint sans arrêt et garde la cuisse gauche en flexion permanente.

Intervention, avec diagnostic hésitant entre une hernie et une torsion : le canal péritonéo-vaginal est perméable, mais vide ; dans sa portion vaginale, liquide hémorragique ; torsion du cordon (2 tours), de gauche à droite, à 2 cm. au-dessus de l'épididyme, probablement intra-vaginale ; le testicule est noir. Orchidectomie ; Bassini... L'auteur pense que les deux premières manifestations étaient dues à une hernie étranglée, et que la sortie de la hernie comme le taxis répété peuvent être considérés comme ayant donné au testicule l'impulsion ayant abouti à la torsion.

VI. — TORSION DU TESTICULE ECTOPIQUE CHEZ UN ENFANT DE 9 MOIS. INTERVENTION. GUÉRISON. (Acquaviva : *Prov. méd.*, oct. 1933).

Le jeune Hector S... 9 mois, est amené à la consultation de la clinique pour une « hernie » apparue récemment. La sage-femme a confirmé ce diagnostic et rassuré la famille, lui conseillant cependant de voir un chirurgien, la tumeur n'étant pas réductible.

Nous nous trouvons en effet en présence d'une tuméfaction rouge et oedémateuse, juste au niveau de l'anneau inguinal externe gauche. Notre première pensée est pour une adénite aiguë ; mais il n'y a pas de testicule dans la bourse gauche et la glande droite est en pseudo-ectopie. Nous posons le diagnostic d'hydrocèle enkystée subissant une poussée inflammatoire d'origine indéterminée, et décidons d'intervenir pour libérer le testicule et évacuer la collection.

L'incision, loin de mener sur une cavité kystique, permet de découvrir un testicule bleuâtre et tuméfié. C'est lui-même qui avait donné l'impression de rénitence d'un kyste hy-pertendu. Après avoir libéré la glande de nombreuses adhérences, nous découvrons une torsion d'environ 1 tour 1/2 se prolongeant au niveau du cordon jusqu'à la partie moyenne du canal inguinal. On peut détordre facilement le testicule

et, à l'exploration on ne trouve aucune persistance péritonéo-vaginale ni hernie.

Suites opératoires un peu prolongées par le « lachage » de deux points aux crins qui avaient coupé malgré leur peu de serrage. Le testicule s'est par la suite régulièrement développé.

CONCLUSIONS

I. — La torsion du testicule est une affection relativement fréquente. Elle peut se voir à tout âge : les observations sont particulièrement nombreuses de 8 à 20 ans, mais elles sont loin d'être exceptionnelles chez le nourrisson et chez l'adulte.

II. — Les causes de torsion peuvent être divisées en deux groupes : celles favorisantes et celles déterminantes. La grande cause favorisante est la pédiculation avec mobilité anormale du testicule ; les principales causes déterminantes sont l'effort, la congestion locale et la contraction brusque du crémaster.

III. — Il existe deux variétés anatomiques de torsion du cordon : la forme extra-vaginale et la forme intra-vaginale de beaucoup plus fréquente.

IV. — La torsion du testicule peut revêtir divers aspects cliniques :

La variété la plus typique est la forme aiguë caractérisée par un début très brutal, des douleurs violentes, des signes locaux d'orchite, des signes réflexes, et une évolution rapide vers la gangrène ou l'atrophie. Il existe une forme subaiguë dont les symptômes sont des équivalents mineurs de la forme précédente et dont l'évolution est beaucoup plus longue.

Il est aussi une forme récidivante dans laquelle les accidents surviennent par poussées successives espacées de plusieurs mois. Cette forme est en général bénigne.

V. — Le diagnostic de torsion n'est pas difficile, mais il faut y penser. Toutes les fois qu'on se trou-

vera en présence d'une « orchi-épididymite » aiguë ou subaiguë dont la cause n'a pu être déterminée et dont l'évolution clinique ne cadre pas dans le tableau usuel, on devra penser à la possibilité d'une torsion du testicule, en rechercher les signes positifs, et, même en cas de doute, pratiquer une opération urgente.

VI. — Seule en effet une orchidopexie faite à temps pourra sauver la glande génitale. L'opération consiste à détordre le cordon et à fixer le testicule anormalement libre. On ne fera de castration qu'en cas de nécessité absolue et si les lésions de sphacèle sont avancées. Tant qu'on pourra espérer une revitalisation on conservera le testicule dont il est superflu de rappeler ici le rôle important qu'il joue dans la vie sexuelle et psychique de l'homme.

Vu :

**LE DOYEN,
ROUSSY.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
OMBREDANNE**

Vu et permis d'imprimer

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
CHARLÉTY.**

BIBLIOGRAPHIE

A) BIBLIOGRAPHIE HISTORIQUE

- 1840 DELASIAUVE : Revue médicale française et étrangère (Vol. I; p. 363.)
- 1852 FOLLIN : Bulletin de la Soc. de Chir. de Paris. (T. III.)
- 1859 SCARENZIO : Annali universali di medicina. (Vol. CLXX; p. 595.)
- 1871 LANGLET : Bulletin de la Société anatomique. (P. 281.)
- 1881 LANGTON : St Bartholomew's hospital reports. (T. XVII; p. 188.)
- 1885 NICOLADONI : Arch. f. Klin. Chir. (T. XXXI; p. 178.)
- 1894 LAUENSTEIN : Volkmanns Sammlung Klin. Vortrage. (P. 1.)
- JOHNSON : Annals of Surgery. (T. 19; p. 580.)
- DEFONTAINE^e : Arch. prov. de Chir. (T. 3; p. 141.)
- MAUCLAIRE : Tribune médicale. (P. 467.)
- COSSIN : Thèse de Paris. (N° 361.)
- 1895 VAN DER POEL : Méd. Record. (T. 47; p. 737.)
- ENDERLEN : Deutsche Zeitschrift f. Chir. (P. 177.)
- 1896 LEGUEU : Société de Chir. de Paris. (Séance du 16 juillet.)
- WEISINGER^e : Münch. medicin. Wochensch. (T. I; p. 235.)
- 1898 BARROZZI : Bull. de la Société anatomique. (P. 188.)
- 1899 RECLUS : Traité de Chirurgie. (2^e éd., p. 1210.)
- SASSE : Arch. für Klin. Chir. (T. 59; p. 791.)
- 1900 NANU : Mém. Soc. de Chir. de Bucarest. (T.3; p. 78.)
- DUJON, CHÉGUT : Arch. prov. de Chir. (T. IX; p.653.)
- 1901 SÉBILEAU : Traité de Chir. Le Dentu et Delbet. (T. X; p. 40.)
- 1904 LAPOINTE : La Torsion du Cord. spermatique. Maloine, éditeur.
- VAUVERTS : Annales des maladies des org. gén. urin. (N° 6.)
- RIGAUX : Thèse de Montpellier.
- VANVERTS : Annales des maladies des org. gén. urin.

- 1905 KLINGER : Muncher Med. Wochensch. (21 febr. 1905.)
— LANDAU : Muncher medicin. Wochensch. (April 1905.)
1913 OMBREDANNE : Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris.
(14 mai 1913.)
— OMBREDANNE : L'Orch. aiguë prim. des Enfants. (*Presse Méd.*, 19 juillet 1913.)

B) BIBLIOGRAPHIE RECENTE

- ACGNAVIA : Reflexions sur l'orchite aiguë des enfants. (*Marseille Médical*, 1927, p. 76.)
ACQUAVIVA : Torsion du testicule chez un enfant de 9 mois.
(*Provence Médicale*, n° 25, p. 16, 15 octobre 1933.)
ARTAUD : Torsion et luxation d'un testicule. (*Soc. de Chir. de Marseille*, séance du 26 janvier 1931.)
BIRDSALL : Torsion of testicle. (*Pennsylvania Med. J.*, T. XXXIV, p. 159-162, déc. 1930.)
BLANC : Torsion du testicule opérée au quinzième jour chez un enfant de 15 ans. Traitement conservateur. Guérison.
(*Bordeaux Chirurgical*, avril 1931.)
BONOMO : Deux cas de torsion spontanée du testicule. (*Arch. Ital. di Chirurg.*, n° 2, vol. XXXIV, juillet 1933.)
BRUMBERG : Les torsions aiguës et subaiguës du testicule ou de ses annexes chez les enfants et les adolescents.
(*Thèse de Paris*, 1932.)
BRUNZEL : Zur Kasuistik und Diagnose der torsion des Skrotalhoden. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, 1917, p. 409.)
CANTELMO : Généralités et pathogénies des torsions et volvulus.
(*Ann. Italiani di Chirurgia*, Naples, vol. XI, n° 10, 31 octobre 1932.)
CARLI : La torsion du cordon spermatique. (*Arch. Ital. di Chir.* Vol. XXXVII, fasc. 2, juin 1934.)
COLETTI : Sur un cas de torsion du cordon gauche avec gangrène du testicule chez un nourrisson de 5 mois.
(*Archivio italiano di Chir.*, Bologne. Vol. XXXI, fasc. 6, juin 1932, p. 617-631.)
COMBY : L'orchite aiguë des enfants. (*Archives de Médecine des Enfants*, 1923, p. 754.)
EMILIANI : Su due casi di torsione spontanea del testicolo.
(*Osp. Maggiore*. T. XX, p. 487-489, aug. 1932.)
ENGLISH : Nécrose du testicule. (*Zeitschrift für urol. und chir.* Vol. XXXIX, fasc. 1, 19 mars 1934.)
FIEVEZ : Torsion supra-vaginale du cordon spermatique sans inversion testiculaire. Détorsion opératoire à la vingtième heure. Guérison. (Rapport P. Moulonguet, *Soc. Nat. de Chir. de Paris*, 21 mars 1934.)

- FOLLIASSON : Le syndrome orchite aiguë primitive et son traitement. (*Hôpital*, oct. 1929, p. 664.)
- FOLLIASSON et MENCIÈRE : Volvulus du testicule. (*Ann. d'Anatomie Pathologique*. T. VIII, p. 644-646, juin 1931.)
- FOUCAULT : Torsion de l'hydattide de Morgagni et du cordon spermatique chez un nourrisson de 11 mois. (Rapport Mouchet, *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1925, p. 423.)
- GAMBOA et NUDELMAN : Síndrome orchitis primitiva aguda de la infancia. (*Semana Medica*, 9 avril 1931.)
- GRIVEAUD : Etudes sur les lésions traumatiques du testicule (*Thèse de Paris*, 1934.)
- GUILLEMINET : Torsion intra-vaginale récidivante du testicule. (*Soc. de Chir. de Lyon*, 28 février 1929.)
- HARTMANN et RENAUD : Un cas de torsion du testicule en ectopie chez l'enfant. (*Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1921, p. 257.)
- HELLNER : Atrophie et nécrose du testicule. (*Archiv. f. Klin. Chir.* Vol. 177, 18 oct. 1933.)
- HIRSH : Le diagnostic différentiel des torsions du testicule ectopique. (*Zentr. f. Chir.*, 14 mars 1925.)
- INOSTROZA : Torsion del testiculo. (*Bol. Soc. di Cir. de Chile*, An. 10, n° 8, p. 244-246, 14 sept. 1932.)
- ISELIN : Torsion récidivante du testicule. (*Soc. franç. d'Urologie*, 8 déc. 1924.)
- JANSEN : Un nouveau cas de gangrène testiculaire chez le nourrisson. (*Zentr. für Chirurg.* T. 60, n° 38, 23 sept. 1933.)
- JEHIEL : A propos d'un cas de torsion du testicule opéré à la sixième heure et suivi de guérison. (*J. d'Urologie*, n° 4, avril 1931.)
- KENNETH-WALKER : Torsion bilatérale du testicule. (*Brit. Journ. of Urol.*, 1931.)
- LAHAYVILLE : Le signe du ballotement testiculaire dans le volvulus du testicule. (*Marseille Médical*, 15 février 1930.)
- LAUDE : Contribution à l'étude des torsions intra-vaginales du testicule chez l'adulte. (*Thèse de Paris*, 1932.)
- LE GAC et FOURNIER : Un cas de volvulus du testicule. (*Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1921, p. 377.)
- LEGUEU : Ce qu'il faut penser de l'orchite traumatique. (*Paris Médical*, avril 1922.)
- I ENORMANT : Torsion du testicule. (*Presse Médicale*, 20 avril 1929.)
- LEPOUTRE : Torsion du cordon spermatique. (*Journal des Sc. Méd. de Lille*, 25 décembre 1927.)

- LEVI : A propos des torsions du testicule. (*La Tunisie Médicale*, n° 3, mars 1934.)
- LEVI et SPEZZAFUMO : Encore un cas de torsion du testicule. (*La Tunisie Médicale*, n° 4, avril 1934.)
- MARTEL, LEMOYNE et VERNON : Une observation de torsion du testicule. (*Soc. des Sciences médicales de Saint-Etienne*, séance du 19 nov. 1930.)
- MARTIN : Les orchites aiguës par torsion. (*J. de Méd. et de Chir. prat.*, 10 juillet 1931.)
- MASSABUAU, GUIBAL et BONNET : Torsion du cordon spermatique chez un nourrisson de 12 jours. (*Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, séance du 12 déc. 1930.)
- MATRY : Torsion du testicule. Intervention précoce. Détorsion et fixation. Guérison. (*Soc. Nat. de Chir. de Paris*, séance du 10 déc. 1930.)
- MÉGRET : Torsion du testicule et de l'hydride. (*Bourgogne médicale*, août 1927.)
- MINNE et LOORIUS : Un cas de torsion intra-vaginale d'un testicule en ectopie. (*L'Echo Médical du Nord*, T. I, n° 11, 18 mars 1934.)
- MIRANSKY : Torsion (volvulus) du testicule. (*Thèse de Montpellier*, 1928.)
- MORENO GONI : Torsione del epididimo. (*Semana medica*, 18 déc. 1930.)
- MOUCHET : Torsion du cordon spermatique chez l'enfant. (*Paris Médical*, 15 juillet 1922.)
- Torsion à la fois extra et intra vaginale d'un testicule droit en ectopie. (*Soc. de Chir. de Paris*, janvier 1923.)
 - Sur une variété d'orchite aiguë de l'enfance et de l'adolescence. (*Soc. de Chir. de Paris*, 11 avril 1923.)
 - Les orchites aiguës et subaiguës primitives chez les enfants et les adolescents. (*Soc. de Pédiat. de Paris*, 16 déc. 1924.)
- MUSCHAT : Anatomie pathologique de la torsion du testicule. explication de son mécanisme. (*Surgery, gynec. and obst.* Vol. 54, n° 5, mai 1932.)
- NORA : Forme récidivante de la torsion du testicule. (*Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurg. de Paris*, n° 16, séance du 5 déc. 1930.)
- O'CONNOR : Torsion du cordon spermatique. (*Surg., Gyn., and Ob.*, Chicago, vol. 57, n° 2, août 1933.)
- OLRY : Le syndrome « orchite aiguë primitive » chez les enfants. (*Arch. de Méd. des Enfants*, juin 1926.)
- OMBREDANNE : Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile, édition 1932 : chap. Torsion du testicule. pages 912-922.

- OTTEINHEIMER et BIDGOOD : Fixation du testicule dans la torsion du cordon spermatique. (*The J. of the Amer. med. ass.*, Chicago, vol. 101, n° 2, 8 juil. 1933.)
- PARENTIN : La torsion du cordon spermatique. (*Giornale Veneto di Scienze Med.*, an. 7, n° 8, août 1933.)
- PÉRARD et ARVISET : A propos d'une observation de torsion du testicule. (*Journ. d'Urol.*, janv. 1928.)
- PERRET : Torsion supra-vaginale du cordon spermatique. (*Thèse de Paris*, 1929.)
- PERRIN : Trois cas de torsion du testicule. (*Thèse de Paris*, 1929.)
- PERRIN : Trois cas de torsion du testicule. (*Presse Médicale*, 1928, n° 8.)
- PETRIGNANI : Volvulus du testicule. (*Annales d'Anatomie patholog.*, 6 mars 1930.)
- PICHAT : Torsion du testicule chez un nourrisson de 13 mois. (*Ann. d'Anat. path.*, 1926, p. 176.)
- PIGNATTI : Sopra un caso di torsione de testicolo osservata in un pseudo-ermafrodita. (*Riforma Medica Napoli*, 1921, p. 605.)
- PITOIS : Torsion du testicule. Etude clinique. (*Thèse de Paris*, 1932.)
- POULAIN et FRANÇO : Torsion du testicule chez un nourrisson. (*Gaz. Médicale de Picardie*, avril 1928.)
- POWER : Torsion du testicule. (*The Lancet*, n° 5746, vol. 225, 14 oct. 1933.)
- POZZO et BIANCHI : Syndrome de orguitis aguda primitiva par torsion des testiculo ectopico. (*Semana médica*, T. I, p. 919-921, 10 avril 1930.)
- PRINCETEAU : Torsion du cordon spermatique d'un testicule en ectopie chez un nourrisson de 5 mois. (*Soc. de Chir. de Paris*, 1928, p. 1369.)
- PUTZU : Sur la torsion du cordon spermatique. (*Il Policlinico*, sezione chir., an. 40, en l'honneur du Prof. Alessandri.)
- REBAUDI : Sobre un caso de torsion de testiculo. (*Revue de especialid.*, T. 6, p. 258, may 1931.)
- RIBEIRO : Torsion du cordon spermatique d'un testicule ectopique. (*Revista med. Lat. Amér.*, an. 18, n° 210, p. 654-663, mars 1933.)
- RINALDO MICOTTI : Torsion de testicolo ectopico in un lattante. (*La Riforma Med.*, Napoli, 7 avril 1930.)
- ROCHER : Fausses orchites de l'enfance par torsion du testicule. (*Journal de Med. de Bordeaux*, 1930.)
- ROSENFELD : La torsion du testicule. (*Acta chirurgica Scandinavia*, vol. 69, fasc. 2, fév. 1932.)

- SALMON : Sur un cas de luxation traumatique du testicule. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Marseille*, n° 10, déc. 1931.)
- SCHLACHETZKI : Torsion du cordon spermatique. (*Zentralblatt für Chirurg.*, an. 60, n° 20, 20 mai 1933.)
- SEGATO : Sur la torsion du testicule, un cas de volvulus. (*Ann. Ital. di Chirurgia*, Naples, janvier 1929.)
- SMITH : Torsion of testicles treated by non operative manipulation. (*Clinical Journal*, T. 63, p. 250-252, june 1934.)
- SOURDAT : Pseudo-orchite aiguë de l'enfant. (*Picardie Médicale*, an. 11, n° 9, nov. 1933.)
- STIASNY : Gangrène du testicule à la suite de torsion du cordon chez un nourrisson de 4 mois. (*Zentr. f. Chir.*, T. 60, n° 20, 20 mai 1933.)
- STROMINGER : Torsion du cordon spermatique; clinique d'après trois observations personnelles. (*Journal d'Urologie médicale et chirurgicale*, T. 36, n° 3, sept. 1933.)
- TABOAS : Torsion du testicule. (*Boletín de la Soc. de Cirurgia de Montevideo*. T. 2, n° 8, 1931.)
- TRUC et CADERAS : Torsion du testicule gauche chez un adolescent de 19 ans. (*Arch. des Sc. Méd. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, fasc. 3, 1930-1931, mars 1931, p. 181.)
- TRUC et HÉRAN : Deux cas de torsion intra-vaginale du testicule. (*Montpellier Médical*, n° 18, T. 74, 15 sept. 1931.)
- TURCO : Orchite aiguë non spécifique du nourrisson. (*Bollet. e Mem. S. Soc. Piemont. di Chir.*, vol. 4, n° 15, 15 juillet 1934.)
- VALERIO : Contribucava orchite aguda primitiva de la infancia. (*Brazil Med.*, 15 juin 1929.)
- VANLANDE et DEBRIE : Torsion du cordon spermatique; intervention précoce. (*L'Algérie médicale*, an. 36, n° 60, déc. 1932.)
- VIALLE : Torsion testiculaire. Un cas de torsion chez un adulte d'un testicule non ectopique. (*Arch. méd. chir. de Provence*, n° 2, février 1932.)
- VILLACORTA : Contribution à l'étude de la torsion du testicule. Cinq observations inédites. (*Thèse de Paris*, 1927.)
- VINCENT, SENELLART et BRIFFAUT : Trois cas de torsion du cordon spermatique. (*J. des Sciences Méd. de Lille*, an. 51, 17 décembre 1933.)
- La torsion du cordon spermatique. (*Journal de Médecine de Lille*, an. 3, n° 1, janvier 1934.)
- VITALE : Su due casi di torsione spontanea del testicolo. (*Policlinico, sez. chir.*, T. 38, may 1931.)

- WEITZ : Sur la torsion du testicule. (*Deutsche Med. Wochens.*, 23 mars 1923.)
- WESSON : L'orchite traumatique. Une mauvaise dénomination. (*Journal d'Urologie*, 1929, p. 200.)
- ZAFFAGNINI : La torsione aguda del testicolo. Ricerche sperimentale e considerazioni cliniche. (*Bulletin de Sc. Med. Bologne*, an. 104, p. 337-351, sept-oct. 1932.)
- ZONTA : Les torsions du cordon spermatique. (*Gaz. d. Ospedali e d. Clin.*, Milan. An. 54, n° 10, 5 mars 1933.)

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	7
<i>Historique</i>	9
<i>Anatomie normale des organes génitaux mâles</i>	11
<i>Pathogénie et étiologie</i>	15
A. --- Conditions anatomiques prédisposantes.....	15
B, — Causes déterminantes.....	16
<i>Anatomie et physiologie pathologiques</i>	19
<i>Fréquence</i>	23
<i>Étude clinique</i>	25
A. — Formes suivant l'évolution de l'affection....	25
B. — Formes suivant l'âge des malades.....	31
C. — La torsion du testicule ectopique.....	32
<i>Diagnostic</i>	35
<i>Traitement</i>	41
<i>Observations</i>	45
<i>Conclusions</i>	53
<i>Bibliographie</i>	55

—
IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères
—

